Одна из сессий на этой неделе началась с рассказа анализанта о случае, произошедшем с его другом, который также начал посещать аналитика. Синопсис истории можно свести к следующему: аналитик рекомендовал посещение психиатра (и даже назвал класс лекарств, которые необходимо пропить), после чего последовало ухудшение состояния вкупе с чувством отверженности. Не преследуя цели ни оправдать, ни подвергнуть критике жест неизвестного коллеги, мы можем поставить вопрос о том, что именно происходит, когда аналитик предлагает своему подопечному прибегнуть к медикаментозному лечению.

По всей видимости, подобные, как впрочем и любые другие, рекомендации смещают практика с собственно аналитической позиции, подменяя дискурс аналитика дискурсом университета. Покидая заповеданное ему место объекта *a*, клиницист заступает на место знания, S2. Таким образом, анализанту не остается ничего иного кроме как занять место объекта, над которым должно производить лечебно-профилактические процедуры и, в конечном итоге, вынудить его циркулировать, как и подобает объекту, между различными инстанциями с благой целью общего оздоровления.

Объект *a*, как объект-отброс, является как раз тем, что может быть буквально брошено, выброшено, не вписано. Именно аналитику в какой-то момент надлежит, по мере преодоления переноса, оказаться задвинутым в дальний угол, подобно игрушке, для которой анализант «стал уже слишком взрослым». Постепенное разоблачение субъекта предположительно знающего (если оно не было спровоцировано грубыми ошибками клинициста), которое зачастую может сопровождаться одновременно сдержанным разочарованием и благодарностью, свидетельствуют о

«каноничном» завершении анализа. Безусловно также и то, что далеко не всякое разочарование в аналитике удостоверяет преодоление переноса. Однако, смещение анализанта на место объекта имеет своим закономерным следствием переживание отвержения, выброшенности и спровоцировать ряд отыгрываний, коль скоро он является тем, кого можно «отослать» или «направить».

Об аналитической позиции лучше всего известно одно — её невозможно занимать все время. Единственным возможным местом, где подобное положение вещей может существовать является греза некоторых практиков о «чистом анализе». Принимая во внимание эту изначальную невозможность, мы также соглашаемся с тем, что существуют ситуации, в которых поступиться этой позицией возможно. Что это за ситуации? Согласно всеобщему консенсусу, такими ситуациями могут считаться ситуации чрезвычайного положения, когда состояние анализанта становится критически тяжелым (по мнению специалистов). Скольким это решение обязано реальной подстраховкой от возможных фатальных рисков, а скольким тревогой практика перед условной тяжестью клинической картины, нежеланием «иметь с этим дело» — оставим на откуп самим аналитикам. Так или иначе, вопрос о легитимности подобных отправлений изначально обречен утонуть в патоке заверений о благих намерениях.

Тревога аналитика, особенно новоиспеченного, перед брутальными и яркими проявлениями симптома кажется чем-то вполне естественным и даже помечает его некоторым скромным достоинством благоразумной осторожности и бдительной ответственности. Отсюда проистекает уже другая, но подобная по существу ранее описанной, практика «передачи» так называемого тяжелого анализанта в руки

более сведущего и опытного коллеги, который обычно является по совместительству ещё и супервизором.

Недобросовестность этого якобы оправданного акта опрокидывания анализанта на позиции объекта обмена заключается даже не в возможном временном ухудшении симптоматики, а в фиктивном характере самого решения. Иными словами, аналитик, который опасается «не потянуть» сложный, по его мнению, случай — вполне вероятно, окажется не способен «потянуть» вообще никакой. Так, наиболее грубые симптомы имеют тенденцию уходить первыми, временами усиливаясь в рамках пресловутой отрицательной терапевтической реакции, отходя в сторону и уступая место более тонко организованным. Изначально же не вызывающие особых опасений случаи с незначительными проявлениями имеют незыблемую укорененность симптома в бытии субъекта просто потому что симптом не делает это бытие в достаточной степени невыносимым. Нетривиальная цель «прохождения через фантазм» в этой перспективе видится работой много более изощренной и трудоемкой, чем стрельба по воробьям пугающих самого аналитика симптомов.

Мы считаем чуть ли не своим долгом капитулировать с аналитических позиций и «отправлять» к психиатрам анализантов с интенсивной симптоматикой, как наиболее уязвимых и удивительно несмышленых. По крайней мере, достаточно несмышленых, чтобы не быть в состоянии рассмотреть возможность посетить психиатра самостоятельно. Действительно ли человек, за спиной которого уже несколько психиатрических госпитализаций, откровенно бредящий на сессии, зависимый от ПАВ или «пограничный» с суицидальной идеацией — более уязвимы, чем те, кто может вообще не иметь симптома? Речь идет о

субъектах, которых, с легкой руки Ж. А. Миллера, принято называть ординарными психотиками.

Этот вопрос подводит нас к проблеме, имеющей характер сугубо моральный. Сколь бы ни был далек психоанализ от примитивного морализаторства, моральных проблем ему не избежать. Разве что в рамках отбрасывания, впрочем никого не удивит, если отброшенное в Символическом, как водится, вернется в Реальном. Таким возвращением в Реальном для практика может стать первая манифестация психоза у ординарного психотика в рамках его анализа. С точки зрения, при том вполне утилитаристской, оценки фатальности возможных последствий для анализанта — относительно благополучно обустроенная, пусть и помеченная структурно продиктованной обедненностью, жизнь субъекта ОП, имеет куда больше шансов (в силу самой аналитической ситуации и характера параноидного переноса психотика, если таковой имеет «удачу» быть установленным) стать разрушенной до основания, чем уже в той или иной мере разбитая жизнь психотика развязанного, которому в худшем случае грозит очередная госпитализация, в лучшем — некоторое облегчение страданий, но не потеря академического поста или поддерживающих его бытие социальных отношений. Если психотик развязанный, как и любой невротик, не столкнется в своем анализе ни с чем принципиально новым, кроме повторения уже бывшего, то субъект ОП вполне способен совершить головокружительный вираж. Таким образом, вопрос о готовности психоаналитика иметь дело с психозом должен быть трансформирован в вопрос о том какой ценой он может позволить себе, а точнее анализанту, заплатить за эту готовность, потому что вполне очевидно, что счет за этот ужин будет предъявлен именно ему.

Когда очередной наследник Миллеровских амбиций заявляет о том, что перед психозом он пасовать не намерен — возникает подозрение, что эта героическая поза демонстрируется с таким упорством не просто так, здесь прикрывают какой-то изъян. На время отсоединив себя от воодушевляющей экзальтации и различного рода готовностей, которые она несет, попробуем заглянуть такому практику за спину, быть может там припрятано нечто небезынтересное.

Считается, что для работы с психозами у психоанализа есть свой, особый метод. Исключая интерпретацию в работе с психотическим субъектом, как предприятие слишком рискованное, аналитик может предложить ему кое-что предположительно равнозначное — некую констатацию, сущность которой заключается в вверении такому субъекту некоторых недостающих ему означающих. Иными словами, форму суггестии. По какой причине та суггестия, которую с барского плеча предоставляет лакановский аналитик должна являться предпочтительней той, которую способен предоставить вообще любой другой пси-практик — вопрос, о который нетрудно споткнуться.

Примечательны также и клинические разборы случаев психоза: зачастую за более чем качественным теоретическим осмыслением и тонкой ориентацией в том, что именно происходит с субъектом в тот или иной момент анализа — теряется, замыливается беспомощность и даже ничтожность самих аналитических интервенций. Так, аналитик может спросить «Достаточно ли у вас сейчас средств?» у психотика, который грезит о переезде, «возвращая его к принципу реальности».

Не умаляя возможной ценности подобных интервенций, не вполне очевидно насколько психоанализ остается психоанализом в клинике психозов, а насколько становится

своего рода уступкой. Если мы рассматриваем психоанализ как метод, а не как любую ситуацию, в которой принимает участие человек, знакомый с психоаналитической теорией, клиника психозов является скорее уступкой. Уступка эта продиктована, главным образом, блестящей разработанностью проблемы психозов в рамках лакановской теории. В концептуальном упоении форклюзией, Именами-Отца и кастрационными узлами едва ли может возникнуть идея о том, что все это с трудом добытое «золото теории» окажется практически бесполезным в клинике. Сама непропорциональность этого распределения выглядит неправдоподобно, если пользоваться интуицией, согласно которой большая разработанность проблематики предполагает и большие возможности для клинической практики. Роскошный избыток в данном случае не становится рабочим инструментом, но остается роскошным избытком.

Вероятно, та рана, которая была нанесена тщеславию аналитиков, крайне скромными возможностями реальной работы с психозами при пышном изобилии концептуального наследия Лакана — продолжает кровоточить. Чем очевиднее со временем становятся ограничения клиники, тем с большим упорством продолжают учреждаться «образовательные» инициативы, призванные обучить аналитиков иметь дело с психотическими субъектами. И тем настойчивее звучат голоса, утверждающие, что субъект современный — это по преимуществу психотик. Вполне возможно, что истоком подобной пропедевтики является как раз сам факт удивительной концептуальной проработанности и завершенности темы психозов, что по обыкновению, не свойственно мысли Лакана. Там где уже невозможно «ни убавить, ни прибавить» можно только передать следующему, как некоторую драгоценность,

которая постоянно рискует перекратить существование как раз в силу того, что здесь уже было сказано достаточно.